

FORMULARZ ZGODY

Ja niżej podpisany/podpisana.....

urodzony/a dnia, W

PESEL:

Będąc całkowicie świadomym/świadomą oraz nie będąc pod wpływem środków ograniczających wolne podjęcie decyzji - wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych piersi w celu załączenia zdjęcia do dokumentacji medycznej sporządzanej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz utrwalenia przebiegu leczenia, a także dla celów naukowych. Nieodpłatnie wyrażam zgodę na publikację w literaturze fachowej w/w zdjęć w wersji papierowej lub elektronicznej przy spełnieniu warunku zachowania anonimowości i nierozpoznawalności mojej osoby.

Oświadczam, że moja zgoda jest dobrowolna, nie wywierano na mnie żadnego nacisku, ani presji.

Powyższe potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data

podpis pacjenta

Data

podpis lekarza